



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA
NEGACIÓN, CANCELACIÓN O CADUCIDAD DE LA ELEGIBILIDAD
PLANNED ACTION NOTICE
ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE/SOLICITANTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

Estimado/a:

DECISIÓN DE ELEGIBILIDAD	
A partir del _____ usted NO será elegible para ser cliente de DDD dado que:	
<input type="checkbox"/>	No satisface el criterio de ninguna de las condiciones elegibles específicas para su edad.
<input type="checkbox"/>	Menor de seis (6) años WAC 388-823-0810 al 0850
<input type="checkbox"/>	Entre seis (6) y nueve (9) años WAC 388-823-0810 al 0850
<input type="checkbox"/>	Diez (10) años y mayor WAC 388-823-0200 al 0710
(Vea el Resumen de Evidencia adjunto y el Cuadro de Evidencias)	
<input type="checkbox"/>	Su elegibilidad caducará: WAC 388-823-1005 y WAC 388-823-1040
<input type="checkbox"/>	Al cumplir los 4 años de edad
<input type="checkbox"/>	Al cumplir los 10 años
<input type="checkbox"/>	Su impedimento se originó a los 18 años o más. WAC 388-823-0040
<input type="checkbox"/>	No es residente del Estado de Washington. WAC 388-823-0050 y WAC 388-823-1020
<input type="checkbox"/>	No se prevé que su impedimento continúe por un tiempo indefinido WAC 388-823-0040
<input type="checkbox"/>	Usted o su representante solicitó la cancelación de su elegibilidad a DDD.
¿QUÉ OCURRE DESPUÉS?	
<input type="checkbox"/>	Actualmente recibe servicios pagos de DDD y los servicios a continuación se cancelarán cuando su elegibilidad caduque o se cancele: (RCW 71A.16.020)
<input type="checkbox"/>	Servicios de Exención de HCBS
<input type="checkbox"/>	Atención Personal de Medicaid
<input type="checkbox"/>	Servicios de Asistencia Familiar
<input type="checkbox"/>	Pagos de SSP de DDD
<input type="checkbox"/>	Otros servicios

Otras de sus opciones de servicios disponibles son:

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene derecho a solicitar una Audiencia Administrativa si no está de acuerdo con la **negación** o **cancelación** de su elegibilidad. No tiene derecho a apelar la **caducidad** de la elegibilidad.

Tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia. Se adjunta un formulario para la solicitud.

Negación de la elegibilidad. Si este formulario le notifica que su solicitud para la elegibilidad ha sido negada, podrá solicitar una audiencia administrativa antes de transcurridos noventa (90) días desde la fecha en que reciba este aviso. Si solicita una audiencia una vez transcurridos los noventa (90) días desde que recibió este aviso, ya no tendrá derecho a una audiencia.

Cancelación de la elegibilidad. Si este formulario le notifica que su elegibilidad ha sido cancelada:

- Puede solicitar una audiencia administrativa antes del _____ para poder continuar su elegibilidad y cualquier servicio(s) pago(s) durante el proceso de apelación.
- Si elige continuar este servicio pago y la decisión final ratifica la acción del departamento, usted será responsable de devolver hasta 60 días de servicios pagos.
- Si no desea que continúen sus servicios pagos, comuníquese con:

_____ al _____
ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSOS NÚMERO DE TELÉFONO

Caducidad de la elegibilidad. Si este formulario le notifica que su elegibilidad ha caducado dado que usted no solicitó la elegibilidad **oportunamente** antes de que cumpliera los cuatro o diez años de edad, no tiene derecho a solicitar una audiencia administrativa. Quizás pueda solicitar nuevamente la

Usted tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (quizás reúna los requisitos para recibir asistencia legal gratuita);
2. A solicitar copias de su expediente o de toda la información analizada por DDD para tomar la decisión;
3. A presentar documentos como evidencia;
4. A testificar en la audiencia y a presentar testigos que atestigüen en su nombre; y
5. A contrainterrogar los testigos que atestigüen para el departamento.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tiene preguntas con respecto a esta decisión de elegibilidad o con respecto al proceso de apelación, comuníquese con:

_____ al _____
ADMINISTRADOR DEL CASO /RECURSOS _____
_____ _____
NÚMERO DE TELÉFONO NOMBRE Y DOMICILIO DE LA OFICINA

**INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION
NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS**

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice has five (5) sections.
 - Decision
 - Appeal rights
 - Summary of Evidence
 - Evidence Table
 - Request for Appeal
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is less than age eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date
 - Initial denial is the date generated by the IE application.
 - Expiration is 4th or 10th birthday.
 - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
 - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.
2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.
 - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
 - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.
3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.
4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.
 - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

- The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)
- The 10th day must be a working day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

5. Summary of Evidence

- Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.
 - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
 - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
 - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.
3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)
 - WPAS
 - RSN
 - MH CRM
 - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

RESUMEN DE EVIDENCIAS
REQUISITOS BÁSICOS PARA LA ELEGIBILIDAD DE DDD

EVIDENCIA SUFICIENTE	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO CORRESPONDE	REQUISITOS BÁSICOS PARA LA ELEGIBILIDAD DE DDD	REGLAMENTO DE DSHS (WAC)
			(1) Tiene seis (6) años de edad o más y padece de un impedimento que es atribuible a uno o más de los problemas que se indican a continuación:	388-823-0040 (1)(a)
			(a) Retardo mental, o	
			(b) Parálisis cerebral, o	
			(c) Epilepsia, o	
			(d) Autismo, o	
			(e) Otra condición neurológica, o	
			(f) Otra condición que DDD determine que está relacionada con el retardo mental o que requiera un tratamiento similar al que necesitan las personas que padecen de retardo mental;	
			y	388-823-0040 (1)(b)
			(2) Su impedimento existía antes de que cumpla 18 años de edad;	
			y	388-823-0040 (1)(c)
			(3) Se prevé que su impedimento continúe por tiempo indefinido;	
			y	388-823-0040 (1)(d)
			(4) Su impedimento resulta en una limitación importante en cuanto al funcionamiento de adaptación.	
			O bien	388-823-0800 (4)
			(5) Es menor de 10 años y:	
			(a) Padece de retrasos al desarrollo, o	
			(b) Padece de Síndrome de Down, o	
			(c) Su condición es muy grave para ser tratada, o	
			(d) Es elegible para el Programa Médicamente Intensivo de Atención en el Hogar	

Nota:

"Evidencia insuficiente" significa que no se recibió evidencia alguna o la evidencia no satisface el criterio de WAC. Ver el Cuadro de Evidencia adjunto para los requisitos específicos de WAC.

Si tiene diez años o más, los requisitos (2) al (5) se marcarán como "no corresponde" a menos que satisfaga una de las condiciones elegibles indicadas en (1).

Si es menor de seis años, los requisitos (1) al (4) se marcarán como "no corresponde" a excepción de lo siguiente:

- El requisito (4) se aplica únicamente a la condición de retraso al desarrollo.

NOMBRE DEL SOLICITANTE

CUADRO DE EVIDENCIAS NIÑOS MENORES DE DIEZ (10) AÑOS DE EDAD

Usted no es elegible para ser cliente de DDD. Este resumen enumera la evidencia requerida para cada impedimento al desarrollo conforme WAC 388-823.

CONDICIÓN DEL IMPEDIMIENTO	DIAGNÓSTICO POR PARTE DE UN ESPECIALISTA	EVIDENCIA DE LA LIMITACIÓN SUSTANCIAL
Retrasos al desarrollo WAC 388-823-0810 al 388-823-0850	No se requiere diagnóstico	Examen en cuanto al desarrollo o evaluación de los retrasos al desarrollo Retrasos de 1.5 de desviación estándar por debajo de la media: Recién nacido a la edad de 2 años: 1 o más retrasos De 3 a 9 años de edad: 3 o más retrasos
Síndrome de Down WAC 388-823-0810 (2) WAC 388-823-0820	Síndrome de Down diagnosticado por un médico licenciado	N/C
Condición demasiado grave para ser evaluada WAC 388-823-0810 (4) WAC 388-823-0820	Condición demasiado grave para ser evaluada por un médico licenciado o psicólogo licenciado	N/C
Medicamento intensivo WAC 388-823-0810 (3) WAC 388-823-0820	Elegibilidad para el Programa Medicamento Intensivo de Atención en el Hogar de DSHS por parte del Director de DSHS/HRSA	N/C

NOMBRE DEL SOLICITANTE

CUADRO DE EVIDENCIAS PERSONAS DE SEIS (6) AÑOS DE EDAD Y MAYORES

Usted no es elegible para ser cliente de DDD. Este resumen enumera la evidencia requerida para cada impedimento al desarrollo conforme WAC 388-823.

CONDICIÓN DEL IMPEDIMENTO	DIAGNÓSTICO POR PARTE DE UN ESPECIALISTA	EVIDENCIA DE LA LIMITACIÓN SUSTANCIAL
<p>Retardo mental WAC 388-823-0200 al 388-823-0230</p>	<p>Retardo mental diagnosticado por un psicólogo licenciado o un psicólogo escolar certificado Síndrome de Down diagnosticado por un médico licenciado</p>	<p>Evaluación psicológica, incluyendo una evaluación de adaptación y un puntaje del coeficiente intelectual de escala completa de más de dos desviaciones estándar por debajo de la media Y No existe evidencia de una enfermedad mental, condición psiquiátrica ni enfermedad o lesión no relacionada que afecte el diagnóstico o la habilidad de adaptación.</p>
<p>Parálisis cerebral WAC 388-823-0300 al 388-823-0330</p>	<p>Parálisis cerebral diagnosticada por un médico licenciado Cuadriplejía diagnosticada por un médico licenciado Hemiplejía diagnosticada por un médico licenciado Diplejía diagnosticada por un médico licenciado</p>	<p>Se inició antes de los 3 años Y Evidencia de la necesidad de asistencia física en dos o más de las siguientes tareas: uso del retrete, baño, alimentación, movilidad o comunicación</p>

CONDICIÓN DEL IMPEDIMENTO	DIAGNÓSTICO POR PARTE DE UN ESPECIALISTA APROPIADO	EVIDENCIA DE LA LIMITACIÓN SUSTANCIAL
<p>Epilepsia</p> <p>WAC 388-823-0400 al 388-823-0420</p>	<p>Epilepsia diagnosticada por un neurólogo certificado por la Junta, o Trastorno de convulsiones diagnosticado por un neurólogo certificado por la Junta</p>	<p>El diagnóstico se basa en la historia clínica y las pruebas neurológicas.</p> <p>Confirmación por parte de un médico o un neurólogo sobre las convulsiones no controladas y continuas o recurrentes que no han sido controladas por la medicación.</p> <p>Y</p> <p>Un puntaje en la evaluación de adaptación de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media en una de las siguientes:</p> <p>Vineland o SIB-R en los últimos 3 años; o ICAP en los últimos 2 años</p>
<p>Autismo</p> <p>WAC 388-823-0500 al 388-823-0515</p>	<p>Autismo o Trastorno Autístico conforme 299.00 en DSM-IV-TR por parte de un neurólogo que reúne los requisitos de la Junta o un psiquiatra que reúne los requisitos de la Junta o un psicólogo licenciado o un pediatra en el desarrollo y comportamiento certificado por la Junta</p>	<p>Evidencia de retrasos o funcionamiento anormal antes de los 3 años de edad en las destrezas sociales, de lenguaje y comunicación o juego simbólico o imaginativo.</p> <p>Y</p> <p>Un puntaje en la evaluación de adaptación de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media en una de las siguientes:</p> <p>Vineland o SIB-R en los últimos 3 años; o ICAP en los últimos 2 años</p>

CONDICIÓN DEL IMPEDIMENTO	DIAGNÓSTICO POR PARTE DE UN ESPECIALISTA APROPIADO	EVIDENCIA DE LA LIMITACIÓN SUSTANCIAL
<p>Otra condición neurológica WAC 388-823-0600 al 388-823-0615</p>	<p>Impedimento del sistema nervioso central diagnosticado por un médico licenciado</p>	<p>Un puntaje del coeficiente intelectual de escala completa con una desviación estándar de 1 1/2 o más por debajo de la media</p> <p>Y</p> <p>Evidencia de la necesidad para la asistencia física diaria en dos o más de las siguientes tareas: uso del retrete, bañado, alimentación, vestimenta, movilidad o comunicación</p>
<p>Otra condición WAC 388-823-0700 WAC 388-823-0710</p>	<p>Una condición o trastorno que por definición resulta en la deficiencia de las destrezas intelectuales y de adaptación por parte de un médico licenciado o un psicólogo licenciado</p> <p>Y</p> <p>Se debe a una condición neurológica, trastorno del sistema nervioso central o enfermedad cromosómica</p>	<p>Un puntaje del coeficiente intelectual de escala completa con una desviación estándar de 1 1/2 o más por debajo de la media, <u>o</u></p> <p>Evidencia de retrasos significativos en lo académico</p> <p>Y</p> <p>No existe evidencia de condiciones que no estén relacionadas o impedimentos que afecten su funcionamiento de adaptación.</p> <p>Y</p> <p>Un puntaje en la evaluación de adaptación de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media en una de las siguientes:</p> <p>Vineland o</p> <p>SIB-R en los últimos 3 años: o</p> <p>ICAP en los últimos 2 años</p>
<p>Medicamento intensivo (sólo hasta la edad de 17 años) WAC 388-823-0700 (2) WAC 388-823-0710</p>	<p>N/C</p>	<p>N/C</p> <p>Elegibilidad para el Programa Medicamento Intensivo de Atención en el Hogar de DSHS</p>